Rok XXVI. Kraków, 22 Października 1887. Nr. 43.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH
KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Ulica Sławkowska Nr. 8, I. piętro.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a w *Paryżu* p. Adam, 4 Rue Clement, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

I. Jaką być powinna nauka chirurgii w naszych czasach.

Wykład wstępny Prof. Dra Rydygiera.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Nabywszy przez wykłady teoretyczne pewnego pojęcia o chirurgii w ogólnym jéj zarysie, jakotéż i o niektórych szczegółowych jéj rozdziałach można dopiero z korzyścią rozpocząć zwiedzanie kliniki chirurgicznéj i to w pierwszém półroczu więcéj tylko przyglądając się i przysłuchując, a w następnych dopiero biorąc czynny udział w pracach klinicznych. Nauka w klinice jest bez wątpienia najważniejszą częścią nauki chirurgii. Tutaj ma się przyszły lekarz zapoznać, o ile możności, z istniejącemi chorobami, ze sposobem ich badania, ich rozpoznawaniem i leczeniem. W klinice jedyna szkoła, żeby go nauczyć, w jaki sposób późniéj samodzielnie ma postępować. Za przykładem mojego nauczyciela, przyjętym zresztą i gdzieindziéj, chciałbym naukę w klinice tak urządzić, żebyście Panowie sami chorego badali i cierpienie jego rozpoznawali korzystając z nabytych już poprzednio wiadomości z chirurgii ogólnéj i szczegółowéj, podczas gdy sam tylko pytaniami i wskazówkami tu i owdzie dorzucanemi starać się będę kierować tokiem Waszych myśli i sprawę Wam ułatwić. Za najwięcéj pouczający sposób badania chorych w klinice uważam ten, że najprzód obejrzymy sobie chorą część, późniéj obmacamy ją, daléj zbadamy pod względem czynności, a w końcu dopiero wypytamy się chorego. Ten sposób uczy patrzeć i to, co się widzi samodzielnie, zestawić bez poprzedniego uprzedzenia i naprowadzenia na rodzaj cierpienia przez chorego samego. Nauczyć zaś patrzeć i widzieć, to jedno z najważniejszych zadań kliniki, bo patrzeć okiem chirurga, to nie tak łatwo, jak się wydaje. Trzeba umieć uchwycić odrazu różnicę chorobowo zmienionéj części ciała od jéj postaci prawidłowéj. Do tego trzeba znać i umieć sobie w pamięci odtworzyć zarysy zdrowego ciała i jego części; znajomość dokładna anatomii ciała ludzkiego jest do tego pierwszym warunkiem.

Skoro sobie dokładnie obejrzymy miejsce chorobą zajęte i zaznaczymy, w czém się różni w swéj zewnętrznéj postaci od stanu prawidłowego, przystąpimy do wymacania. Przez tę część badania wyśledzimy, czy chora część jest gorącą czy zimną, twardą czy miękką, wreszcie, co w wielu przypadkach pewnéj wymaga wprawy, czy jest w miejscu tém chełbotanie lub czy go nie ma. Następnie przez poruszenie staramy się rozpoznać stosunek chorego miejsca do sąsiedztwa, np. w obec guzów, czy zachodzą zrosty mniéj lub więcéj ścisłe z tkankami przyległemi i z któremi. W dalszym toku badania przekonamy się, czy czynność przyrządu badanego jest prawidłowa lub nie, np. w cierpieniach stawowych, czy ruchomość ich jest prawidłowa, czy też zmniejszona lub nad miarę powiększona. Zbadawszy tak chorego, już będziemy mogli w przypuszczeniu rozpoznać jego cierpienie w bardzo wielkiéj liczbie przypadków; nieraz nawet uda nam się odgadnąć czas trwania choroby i jéj przyczynę, co nie tylko pobudzi bystrość naszego umysłu, ale zarazem uderzy chorego i wpoi mu większe zaufanie do naszych wiadomości, a tém samém i do naszego leczenia. W końcu dopiero, żeby nasze rozpoznanie więcéj upewnić i uzupełnić, wypytamy się chorego.

Wspólnie też omówimy tu w klinice po zbadaniu sposoby leczenia, a kiedy wydarzy się pomiędzy kilkoma wybierać, uzasadnimy, dla czego właśnie w poszczególnym przypadku jednemu z nich damy pierwszeństwo przed drugiemi. Przed oczyma też Panów będziemy wykonywali leczenie i proszę Was nie tylko bacznie śledzić wykonanie operacyi, ale uważać niemniéj na przygotowania do niéj i na sposób opatrywania; są to bowiem rzeczy niemniejszéj wagi, niż operacyja sama. Mimo, że przygotowania do operacyi zajmują wiele czasu, dokonywać ich będziemy w Waszéj obecności, aby, że tak powiem, czystość chirurgiczna stała Wam się drugą naturą, abyście się Panowie tak

do tego przyzwyczaili, iż zupełnie niemożebną będzie dla Was rzeczą o têm zapomnieć lub kiedykolwiek tego zaniedbać; iż więc nigdy inaczéj, nigdy błędnie, postępować nie będziecie. Niemniejsze znaczenie ma zakładanie opatrunków, zwłaszcza pierwszego, który zwykle stanowczy wpływ wywiera na cały dalszy przebieg pooperacyjny, a nieraz rozstrzyga o życiu lub śmierci chorego. Więc i to powinniście jak najdokładniéj widzieć, aby się dokładnie nauczyć. Z wyniesieniem atoli chorego ze sali operacyjnéj nie powinien jeszcze ustać interes Panów dla niego. O ile stosunki na to pozwolą, postaram się, aby przed wypisaniem chorego Panom przedstawić, abyście się przekonali o skutku naszych zabiegów leczniczych i wyrobili sobie sąd własny o wartości naszego postępowania. Każdego przytêm chorego chciałbym oddać pod szczególniejszą opiekę jednego z Panów, od którego nie tylko życzyłbym sobie, ale wyraźnie żądam, aby się nim pod kierunkiem asystentów szczegółowo zajął, a przedewszystkiêm sporządził dokładny opis jego choroby. W jaki sposób opis taki zrobić, do tego każdy z Panów otrzyma odpowiednie wskazówki. Korzystnêmby było, gdyby każdy z Was Panowie, któremu chorego specyjalnie polecę, przed wygotowaniem opisu jego choroby przejrzał w domu odpowiedni rozdział w podręczniku, bo tylko wtenczas będzie wiedział, na co ma zwracać główną uwagę, nic ważniejszego nie opuści i tylko wtenczas odniesie z oddanego sobie przypadku korzyść rzeczywistą.

Zamierzam też poruczać chloroformowanie po kolei jednemu z Panów. Jestto wprawdzie wielka niedogodność dla operującego, bo uwagę swą dzielić musi pomiędzy operacyję a przebieg znieczulania. Dla Panów atoli będzie miało takie postępowanie tę wielką korzyść, że się nauczycie chloroformować i pozbędziecie się, na pożytek późniejszych Waszych chorych, obawy przed tym rękoczynem. W jaki sposób chloroformować i jak zaradzić zachodzącym nieraz, mimo wszelkiéj ostrożności, zaburzeniom podczas chloroformowania, o têm pomówimy innym razem. Może też będziemy mieli tę przykrą sposobność pokazania Panom tu w klinice, jak sobie postąpić należy w podobnym przypadku. Daj Boże, aby nigdy przypady te nie przybrały groźniejszego charakteru i aby zawsze udało się uchronić chorego i nas od nieszczęśliwego a przykrego zdarzenia śmierci w skutek chloroformu; zdarzenia, które i w najlepiéj kierowanych klinikach miało już miejsce. Tylko ostrożność posunięta niemal do przesady obok szybko przedsięwziętych środków zaradczych uchronić zdoła od takiego nieszczęścia. Wyjątkowo niestety wszystko zawodzi.

Postępując w dopieroco określony sposób, tuszę sobie Panowie, że nie bez korzyści będziecie zwiedzali klinikę tutejszą mimo wielkich jéj wad obecnych i niedostatków. Nadzieja, że wkrótce dzięki szczodrobliwości troskliwego Rządu naszego ujrzymy się w odpowiedniejszém umieszczeniu, niech nam osładza braki tego tu zakładu, a zdwojona pilność niech je wyrównywa.

Jako dopełnienie klinicznych godzin uważać można praktyczne ćwiczenia, jakie się odbywają w kursie operacyjnym i w kursie zakładania opatrunków. Ze względów humanitarnych nie podobna odrazu rozpoczynać pierwszych prób władania nożem na człowieku chorym. Koniecznie potrzebnêm jest nabrać pierwéj pewnéj wprawy i biegłości w operowaniu na trupie. Nie tylko, że nauczymy się w ten sposób wykonywania pewnych operacyj, mianowicie stałych, typowych, ale znajdziemy zarazem sposobność przypomnienia sobie stosunków anatomicznych, które, jak wiadomo, bardzo szybko w pamięci się zacierają. Zwracając w czasie operowania na zwłokach uwagę na stosunki u żywego można têm więcéj korzyści z téj nauki odnieść. Ostatecznie tym tylko z Panów mogę pozwolić wykonywać niektóre łatwiejsze operacyje w klinice, o których zręczności przekonałem się pierwéj naocznie w kursie operacyjnym.

Częścią niejako teoretyczną kursu operacyjnego jest anatomija chirurgiczna. Nikt nie zaprzeczy, jak ważną jest dla każdego trudniącego się chirurgiją znajomość anatomii w ogóle. Anatomija chirurgiczna zaś nie jest niczém innêm, jak anatomiją zwyczajną, zastosowaną do potrzeb chirurgii. Nie ma ona jednak być tylko powtórzeniem anatomii opisowéj lub topograficznéj z dodaniem wskazówek tu i owdzie wtrąconych, odnoszących się do potrzeb chirurgicznych lub objaśnień stosunku części anatomicznych do niektórych operacyj i zranień. Jakkolwiek jestto bardzo pouczającêm i jakkolwiek anatomija chirurgiczna nie może obejść się bez demonstracyi na trupie, a nawet głównie niemi się tylko posługuje, to przecież powinna ona uczyć rozpoznawania stosunków anatomicznych także na człowieku żywym za pomocą wzroku i dotyku, powinna starać się o to, aby słuchacze nabrali zdolności i wprawy w przenoszeniu wiadomości na trupie nabytych na człowieka żywego.

Kurs zakładania opatrunków, jak go jeszcze przed niedawnym czasem prawie wszędzie odbywano, składał się z wyliczenia i wprawiania się w dawniejsze typowe opatrunki z dodatkiem nauki o ustalaniu i układaniu członków, a więc nauki o opatrunku gipsowym, o szynach i o ekstenzyi. Taki kurs dziś już nie jest wystarczającym. Nie myślę wcale przeczyć pożyteczności ćwiczeń w zakładaniu starodawnych typowych opatrunków, jak czapki Hippokratesa i tp. Mimo, że dziś zaledwie wyjątkowo założymy ściśle podług dawnych przepisów taki opatrunek, zawsze jednak sztuczne i złożone te sposoby niezmiernie uczą i dobre są jako ćwiczenia przygotowawcze. W dzisiejszych jednak stosunkach daleko ważniejszém jest, żeby każdy z Panów nauczył się zakładać opatrunek przeciwgnilny. Na takim kursie najlepsza jest sposobność wskazać, jak ważną jest każda drobnostka, na którą w klinice zwrócić z osobna uwagi nie podobna. Tutaj też jest miejsce stosowne do pokazania rozmaitych materyjałów przeciwgnilnego opatrunku, jakich w różnych klinikach się używa; tutaj możnaby też wskazać sposoby, za pomocą których sprawdzić można rzeczywistą wartość rozmaitych materyjałów przeciwgnilnych i w jaki sposób przynajmniéj niektóre z nich samemu sobie przyrządzić.

Otóż tak Panowie przedstawia mi się odpowiedź na pytanie, jaką powinna być nauka chirurgii w naszych czasach? Postępując tą drogą spodziewam się, że nauczycie się tyle, żeby w późniejszéj praktyce módz sobie poradzić z przypadkami chirurgicznemi. Nie będziecie Panowie wprawdzie wtenczas już operatorami, bo do tego trzeba jeszcze długiéj pracy i nauki specyjalnéj. Nie jestto też zadaniem nauki chirurgii podczas krótkiego studyjum uniwersyteckiego i nie w tym celu ją się tu wykłada. Tu tylko tyle uczymy, ile każdemu lekarzowi koniecznie jest potrzebne. Nikt więc z Panów nie ma prawa powiedzieć, że nie myśli się późniéj chirurgiją zajmować, że nie chce nigdy żadnych operacyj wykonywać, i że dla tego zaniedbywać mu wolno wykłady chirurgiczne. Chociaż lekarz nieraz nie ma chęci zajmowania się chorobami chirurgicznemi, to jednak zdarzyć się może,

że potrzeba do tego go zmusi. Nie tak łatwo bowiem w mniejszych miejscowościach znajdzie kolegę, któremuby mógł powierzyć przypadki chirurgiczne, a zresztą zdarza się często, iż szybka pomoc chirurgiczna koniecznie jest potrzebna, gdzie każda zwłoka może chorego o życie przyprawić. Gdy krew broczy obfitym strumieniem lub przez wielką ranę powłok brzusznych jelita wypadły na zewnątrz, gdy ciało obce wpadło do krtani i grozi zaduszeniem, czy wtenczas przywołany lekarz oglądać się będzie za pomocą specyjalisty operatora? Wtenczas namyślać się nie wolno i ociągać z pomocą, i każdy powinien umieć w takich razach sam zaradzić. W innych przypadkach nienagłych, ale nie mniéj ważnych, gdy chodzi o chorobę, którą, wcześnie rozpoznaną, z łatwością i doszczętnie usunąć można, a która źle rozpoznana i zaniedbana nie tylko zdrowie na zawsze niszczy, ale i życiu zagraża, lekarz przez nieznajomość chirurgii w równéj mierze zaszkodzić może. Każdemu więc z Was bez wyjątku przykładać się trzeba pilnie do nauki chirurgii. Może zdołam własném zamiłowaniem i własnym przykładem zagrzać Panów tak do specyjalnéj naszéj nauki, że nie tylko ze względów praktycznych, nie z przymusu niejako uczyć jéj się będziecie, lecz ją tak pokochacie, iż największą uciechą dla Was będzie z nią się zapoznać jak najściśléj, tak jak dla mnie największą będzie przyjemnością wskazywać Wam do tego drogę. Jeżeli taki zapał i takie zamiłowanie do przedmiotu naszego zdołałbym w Panach rozbudzić, byłobyto największą nagrodą moich zabiegów, méj pracy. Wspólnie więc i z równém zamiłowaniem zabierzmy się do dzieła, a stanie gotowe, dzielne i ładne, my zaś w zapale nie poczujemy ani ciężaru téj pracy, ani zmęczenia.

II. W sprawie t. zw. prób życia.

Podał

Prof. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

1. Przypuśćmy na chwilę, że założenie, z którego szan. autor wychodzi, teoretycznie nie ulega zaprzeczeniu i że dalsze, liczniejsze badania potwierdzą w zupełności wyniki przez autora otrzymane, to pomimo to próba jego nie uzyska prawa obywatelstwa z prostego powodu, że owo dochodzenie tak ważne, jakiém jest sprawdzanie życia noworodka, a następnie wykazanie przyczyny jego śmierci, całkiem usuwa z pod zakresu działania lekarza sądowego, oddając pierwszą część dochodzeniu chemika, a uniemożebniając prawie zupełnie drugą, nierównie ważniejszą część dochodzenia. Nie rozchodzi się tu wcale o kompetencyję między lekarzem a chemikiem, bo rzeczą jest całkiem obojętną, kto prawdę wyświeca; ale w próbie w mowie będącéj pierwszym jest warunkiem, żeby otrzymać płuca w całości bez wszelkich nacięć uprzednich; znaczy to więc tyle, co zrzec się dokładnego zbadania płuc, robienia przekrojów itd., a więc zrzec się jednego z najważniejszych środków rozpoznawczych ku wyjaśnieniu przyczyny śmierci. Jeżeli słusznie Hofmann zwraca na to uwagę, że sposób, w jaki lekarze sądowi wykonywają próbę płucną hydrostatyczną, a mianowicie pławiąc je bezpośrednio po wyjęciu z klatki piersiowéj, rozcinając je na kawałki i wyciskając, częstokroć pozbawia ich możności dokładniejszego zbadania anatomicznego ważnego tego przyrządu, to możność ta ustaje zupełnie, jeżeli płuca nietknięte odda się w ręce chemika i skaże je na zniszczenie. Jeżeli zaś obecnie mniéj doświadczony lekarz sądowy, zwróciwszy całą swą uwagę na dokładne wykonanie próby hydrostatycznéj, zapóźno nieraz spostrzega, że uzyskał wprawdzie pewność, iż płuca oddychały, ale że skutkiem zniszczenia płuc ulotniła mu się przyczyna śmierci, to w obec próby żelazowéj z góry możności wykazania przyczyny śmierci byłby nieraz pozbawiony. A ponieważ fakt żywego urodzenia się dziecięcia nie stanowi przecie zbrodni, lecz stanowi ją dopiero gwałtowne pozbawienie go życia, więc próba chemiczna, gdyby nawet z pewnością była w stanie sprawdzić żywe urodzenie się dziecka, usuwając i niszcząc jedno z najważniejszych trzew, nigdy przez sądownictwo nie będzie dopuszczoną do prawa obywatelstwa w praktyce, albowiem, choćby nawet przyczyna śmierci znalazła się w innym organie, obrońcy nieomieszkaliby wystąpić przeciw orzeczeniu chemików i lekarzy, opierając się na fakcie niebadania płuc, a wystąpienie ich byłoby skutecznêm, zwłaszcza w obec przysięgłych.

2. Założenie, z którego kol. Zaleski wychodzi, wtedy tylko nie ulega zaprzeczeniu, jeżeli ściśle trzymamy się słów jego: „Do płuca, które w c a l e nie oddychało, dostaje się mniéj żelaza, aniżeli do płuca, które już tę czynność odbywało.“ Przez płuco zaś, które w c a l e nie oddychało, rozumiemy tylko p ł u c o p ł o d o w e, pozostające w stanie bezdechu (*apnoia*). Gdyby wszystkie dzieci martwo urodzone miały płuca płodowe, wtedy podstawa próby byłaby bardzo silną. Ale rzecz ma się całkiem inaczéj. Bardzo wielka ilość dzieci martwo się rodzących nie posiada wcale płuc płodowych, bo płuca ich u s i ł o w a ł y oddychać, a to usiłowanie było aż nadto dostateczne, aby znieść stan bezdechu i odebrać płucom cechę płodową. Jeżeli bowiem z jakiegokolwiekbądź powodu oddychanie łożyskowe płodu przed ukończeniem porodu przerwane zostaje, wtedy krew jego uboższa w tlen a obfitsza w CO_2 pobudza ośrodek oddychania, w skutek czego przychodzi do ruchów oddechowych śródmacicznych, do czynnego rozszerzenia się klatki piersiowéj i do wtargnięcia środka otaczającego do dróg oddechowych; bezdech przechodzi szybko w zamartwicę, kończącą się śmiercią — w miarę opóźnienia się porodu — przed urodzeniem, śród aktu porodowego lub po urodzeniu się dziecka w stanie zamartwiczym. Mamy tu sprawę analogiczną, jak w uduszeniu się człowieka samodzielnie żyjącego, a ponieważ zamartwica i śmierć płodu częstokroć następują śród wtargnięcia potoku do dróg oddechowych, to tém samém sprawa przedstawia się podobną do uduszenia się przez utonięcie. Jak śmierć z uduszenia pozamacicznego śród rozmaitych warunków przedstawia odmienne objawy i zmiany, tak samo ma się rzecz u płodu, duszącego się z powodu przerwania oddychania łożyskowego. Na mocy teoryi Dondersa, która nie pozostaje w sprzeczności z doświadczeniem praktycznêm, przypuszczamy, że płuca uduszonych *caeteris paribus* wtedy przedstawiają się przekrwionemi, jeżeli nagłe zamknięcie dróg oddechowych nastąpiło po wydechu, a przeciwnie, że są w krew ubogie, jeżeli zamknięcie miało miejsce po wdechu, daléj, że u utopionych obfitość krwi w płucach pozostaje w odwrotnym stósunku do ilości płynu, który ze środka otaczającego dostał się do dróg oddechowych. Jeżeli zaś śród ruchów wdechowych płyn, zwłaszcza gęściejszy, w ogóle trudniéj dostaje się do oskrzeli i płuc aniżeli powietrze, to trudność ta jest tém większą podczas ruchów wdechowych śródmacicznych, a więc u płodu, u którego pierwsze drogi oddechowe mogą być zamknięte, jeżeli nie błonami płodowemi lub ścianami dróg porodowych, to samym śluzem płodowym, potok zaś może zawierać większą ilość smółki lub przynajmniéj mazidła skórnego, a przez

to stać się dość gęstym. Im zaś mniéj środka otaczającego dostaje się do dróg oddechowych, tém więcéj krwi przypłynąć musi do płuc, aby zapobiedz próżni, któraby powstać musiała skutkiem rozszerzenia się klatki piersiowéj. A jeżeli poród nie kończy się szybko, dziecko zazwyczaj ginie, a przy sekcyi takiego martwo urodzonego dziecka znajdujemy obok ogólnego zastoju żylnego z jednéj strony płuca bezpowietrzne, a z drugiéj mocno przekrwione, pod opłucną zaś wynaczynionki. Ztąd wynika, że płuca takie, poddane próbie żelazowéj, wykażą także większą zawartość procentową żelaza, a wynik próby przemawiać będzie za urodzeniem żywém takich dzieci, podczas gdy notoryjnie urodziły się martwemi.

Gdy więc zachodzi widoczna potrzeba ścieśnienia zasady, z której wychodzi autor nowéj próby i ograniczenie jéj ścisłe do tych płuc, które wcale, t. j. ani poza- ani śródmacicznie, nie oddychały, gdy następnie przypadki martwego urodzenia się dzieci, które przedwczesne ruchy oddechowe odbywać musiały, są częste, więc oczywista, że próba w mowie będąca, praktycznego zastosowania znaleźć nie może.

Przed stu laty z górą lekarz miejski w Hali Krystyjan Daniel (*Commentatio de infantum nuper natorum umbilico et pulmonibus*, *Halae* 1780), a wkrótce potém profesor tübingski Wilhelm Ploucquet (*De nova pulmonum docimasia*, Tübingae 1782) wystąpili z próbą, którą nazwali „*Blutlungenprobe*,“ opierającą się na zwiększeniu się ciężaru bezwzględnego płuc po rozpoczęciu oddychania i krążenia małego. Zasada była wspólna, co do sposobu dochodzenia zaś różnili się o tyle, że pierwszy obok zwiększonego ciężaru bezwzględnego uwzględniał i zwiększony skutkiem oddychania objąt płuca oraz zmniejszony ich ciężar względny, podczas gdy ostatni zwiększony ciężar bezwzględny płuc porównywał ze zmniejszonym ciężarem bezwzględnym całego ciała, a stósunek pomiędzy ciężarem bezwzgl. płuc a ciała u płodu oznaczył jak 1 : 70, u dzieci zaś, które oddychały, jak 2 : 70. Podczas gdy próba Daniela, ogłoszona po śmierci autora († 1771), wcale utrzymać się nie mogła, — próba Ploucqueta, poparta przez Bernta (1821) i Wildberga (1822) trwała dłużéj, i ostatecznie dopiero przez Caspra usuniętą została z porządku dziennego. Musiała runąć i ta próba z dwóch powodów: raz, że Ploucquet oparł ją na bardzo małéj ilości przypadków, a badania późniejsze kontrolujące, na znacznie większym materyjale uskutecznione, wykazały rezultat całkiem odmienny; tak np. Casper znalazł średni stósunek u martwo urodzonych 1 : 61, u żywo urodzonych zaś 1 : 59, a co ważniejsza w poszczególnych przypadkach stósunek ten wahał się znacznie u jednych i drugich, u pierwszych między 1 : 30 a 1 : 92, u ostatnich między 1 : 31 a 1 : 400; powtóre, że próba nie uwzględniała faktu oddechów przedwczesnych i towarzyszącego im przekrwienia, a więc i zwiększonego bezwzględnego ciężaru płuc.

Wspomniałem o próbach Daniela i Ploucqueta dla tego, że próba Zaleskiego jest poprawną i wydoskonaloną próbą Ploucquetowską, o ile ona nie poprzestaje na ważeniu płuc, lecz sposobem ściśle umiejętnym stara się oznaczyć zawartość odsetkową żelaza w całéj masie krwi w płucach zawartéj. Ponieważ jednak oprócz wytkniętego w ustępie 1ym można i trzeba stósować do niéj te same zarzuty zasadnicze, jakie podnoszono przeciw próbie Ploucqueta, więc i jéj lepszego powodzenia w praktyce rokować nie można.

Jakkolwiek praca kol. Zaleskiego pomnaża liczbę prób, które od czasu do czasu ukazują się, jako wynik przeświadczenia, że dotychczas nie posiadamy próby życia absolutnie pewnéj, i jako owoc rzetelnéj dążności do służenia prawdzie i sprawiedliwości, a prędzéj lub później ustępują przed próbą hydrostatyczną, którą wyrugować i zastąpić miały, to jednak praca ta zasługuje na wszelkie uznanie, a słusznėm może jest przypuszczenie jéj autora, że stanie się zachętą do dalszych badań fizyjologicznych i chemicznych.

W obec faktu, że dotąd pomimo postępu nauk lekarskich nie mamy pewnéj próby życia, w obec usprawiedliwionéj wątpliwości, że może jéj nigdy posiadać nie będziemy, pozostaje tylko pociecha, że w praktyce bez próby w ściślém tego słowa znaczeniu obejść się możemy. Trafnie podniósł to już dawniéj Schauenstein, że najlepsza z prób dotychczasowych, t. j. próba płucna hydrostatyczna, jest tylko prostém, prymitywném doświadczeniem fizyczném, uzupełniającém, albo raczéj kontrolującém właściwe badanie anatomiczne płuc i że doświadczony lekarz sądowy śmiało bez niéj obejść się może, chyba jeżeli chce przekonać świadków oględzin, a przedewszystkiém sędziego. Lekarz doświadczony, uwzględniwszy wszystkie okoliczności, najczęściéj zdoła wyrobić sobie sąd, czy dziecko urodziło się żywém lub nie, podczas gdy niedoświadczonego wszelkie t. zw. próby w błąd wprowadzać mogą.

III. Z zakładu fizyjologicznego prof. Cybulskiego w Krakowie.

Badania nad unerwieniem naczyń.

Podał
Dr. Gustaw Piotrowski,
asystent tego zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Ponieważ przy tak szybkim obrocie walca, jak to dotychczas było, nie mogłem zapisywać fali rozszerzenia naczyń w całości, postanowiłem przeto zmniejszyć znacznie szybkość obrotów, aby tém łatwiéj módz badać narost i długość fali przy różnéj ciepłocie. Oczywiście, że w tym razie zmuszony byłem zrezygnować z dokładnego obliczania czasu utajonego podrażnienia, w przybliżeniu jednak mogłem to uskutecznić, szczególnie przy oziębianiu.

Nr. 5. Pies średniéj wielkości. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało godzin 8. Przecięto oba nerwy językowe i podjęzykowe. Podrażniano nerw językowy wraz z *chorda tympani*.

Odległość cewek.	Ilość uderzeń.	Szczyt fali.	Długość fali.	Uwagi.
60mm.	1 sek.	6″	50″	Czas utajonego podrażnienia wynosi około 1 sekundy.
„	„	10″	?″	
„	„	10″	57″	
„	„	6″	43″	
„	„	10″	?″	
„	„	8″	70″	
„	kilka sek.	13″	118″	

Przy oziębianin do 10°.

Odległość cewek.	Ilość uderzeń.	Szczyt fali.	Długość fali.	Uwagi.
60mm.	1 sek.	52″	6—10 minut.	Czas utajonego podrażn. wynosi w przybliżeniu w 1ym razie 4 sek. w 2im razie 5 sek. w 3im razie 3 sek.
„		80″		
„	kilka ud.	26″		

Walec obracał się z szybkością 3·5 minuty.

Jakkolwiek pomimo stosunkowo powolnego obrotu walca nie byłem w stanie oznaczyć tutaj z wszelką dokładnością długości fali, to jednak widzieć już było można olbrzymią różnicę odnośnie do naczyń przy zwykłéj ciepłocie. W dalszym toku doświadczenia zmniejszyłem obrót walca do 8 minut.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
60mm.	1 sek.	22″	?	Czas utajonego podrażnienia
„	„	26	260″	wynosił około 1 sekundy.
„	„	21	208	
„	„	22	200	
		Przy ogrzewaniu.		
„	„	11	80	Ciepłota = 35°.
„	„	10	66	Ciepłota = 38°.
„	„	10	35	Ciepłota = 40°.
„	„	9	35	Ciepłota = 42°.
„	„	7	32	„
„	„	4	34	„
„	„	11	45	„
„	„	7	33	„
		Przy oziębianiu do 10°.		
„	„	105″	12—15min.	Okres ut. podr. = 9 sek.
„	„	148	„	„ = 8 sek.

Drażnienie nerwu przez 1 sekundę okazało się niedogodném dla ścisłego oznaczenia długości fali, dla tego téż w następném doświadczeniu postanowiłem drażnić pojedynczemi uderzeniami, choć jest to może nawet zbyteczną rzeczą, jeżli zwrócimy uwagę na tak wielkie wahania, jak to wymownie podane liczby wykazują.

Ponieważ niektórzy badacze drażnili w swych doświadczeniach nerwy przez czas dłuższy, postanowiłem określić zmiany naczyniowe przy pobudzaniu nerwu przez 15 minut, przy odległości cewek wynoszącéj 40mm. Fala wznosiła się około 10 minut i to nie równo, nie jednostajnie, lecz co czas pewien narastała znacznie więcéj, potém spokojnie się zwiększała, potém znów większy narost następował, tak jak gdyby wrażenia sumowały się okresowo. Trwało to do 10 minut, poczém pomimo drażnienia dalszego fala poczęła jednostajnie opadać i z tą samą jednostajnością zmniejszała się, skoro po 15 minutach przerwano drażnienie.

Nr. VI. Pies średniéj wielkości, kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało 9 godzin. Drażniono nn. językowe przy nienaruszonych nn. podjęzykowych.

Przy zwyczajnéj ciepłocie.

Odległość cewek	Ilość uderzeń	Czas utajonego pobudzenia	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
40mm.	1	Około jednéj sekundy	4″	31″	Zamknięcie prądu.
„	„		2	6	Otwarcie prądu.
„	„		4·5	35	Zamknięcie prądu.
„	„		3	19	Otwarcie prądu.
„	„		6	39	Zamknięcie prądu.

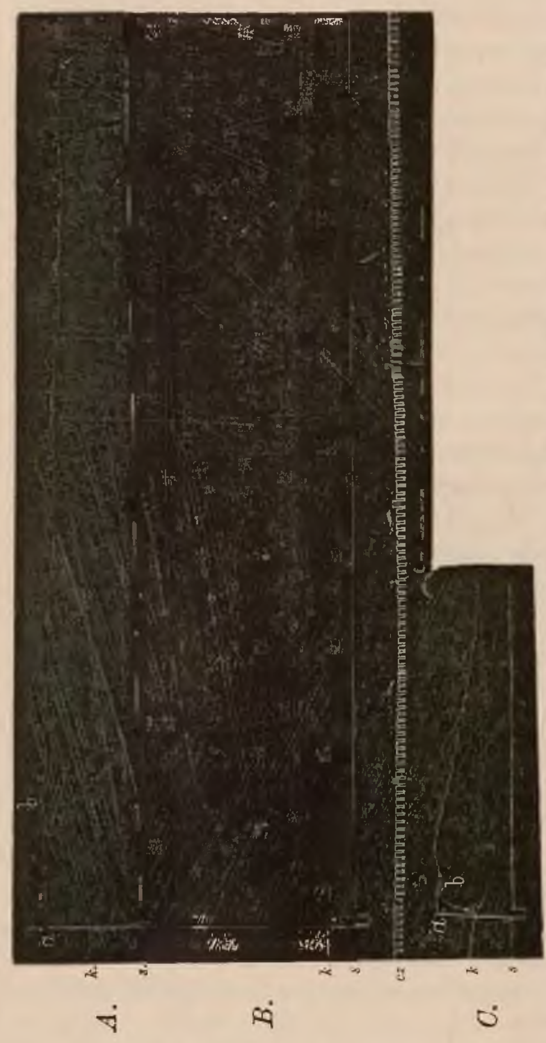
Z powyższych liczb widać, że zamknięcie prądu pierwotnego silniéj działało aniżeli otwarcie tegoż.

Przy ogrzewaniu do 40°.

Odległość cewek.	Ilość uderzeń	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
40mm.	1	1·5″	10″	Zamknięcie prądu.
„	„	1·0	2·5	Otwarcie prądu.
„	„	1·0	4	Zamknięcie prądu.
Za mały skutek, aby można obliczyć.				Otwarcie prądu.
„	„	1·0	12	Zamknięcie prądu.

Odległość cewek.	Ilość uderzeń	Szczyt fali	Długość fali	Uwagi.
„	„	1·0	8	Otwarcie prądu.
„	„	1·25	10.	Zamknięcie prądu.
„	2	1·00	13	
„	2	0·75	9·5	
„	2	1·00	10	
„	4	2·00	22	
„	4	2	22.	
		Przy oziębianiu do 10°.		
„	1	13	40	Zamknięcie prądu.
„	„	13	68	Otwarcie prądu.
„	„	18	parę minut	Zamknięcie prądu.
„	2	14	60	
„	„	13	62	
„	„	9	?	
„	„	16	?	

Stosunek fal przy różnéj ciepłocie i powolnym obrocie walca uzmysłowia fig. II.



A) k = krzywa pletysmograficzna przy zwyczajnéj ciepłocie. *a—b* czas, w którym fala dochodzi do szczytu, s = sygnał.

B) k = krzywa pletysmograficzna przy oziębianiu do 10°, *a—b* = czas, w którym fala dochodzi do szczytu. s = sygnal, *cz* czas w sekundach.

C) k = krzywa pletysmograficzna przy ogrzewaniu do 40°. *a—b* = czas, w którym fala dochodzi do szczytu. s_s' = sygnał (obrót walca = 8 min. podrażniano przez 3 sek.).

Nr. VII. Duży pies. Kurarę zastrzyknięto do żyły udowéj. Doświadczenie trwało przez 8 godzin. Podrażniano oba nn. językowe, przy nienaruszonych nn. podjęzykowych prądem indukcyjnym przy odległości cewek 40mm.

Walec przesuwano ręką w miarę potrzeby co pewien czas, który za każdym razem oznaczano. Pióro poligrafu wznosiło się w sposób opisany w Nrze V do minut 15, poczém utrzymywało się na téjże saméj wysokości przez 5 minut, po którymto czasie poczęło opadać, z początku dość szybko potém coraz to powolniéj po godzinném drażnieniu zatrzymało się mniéj lub więcej w $\frac{1}{3}$ wysokości, licząc od 0. Na tym

punkcie stało przez 20 minut, poczém ustano drażnić. Pióro obniża się jeszcze trochę, bardzo wolno przez 20 minut i w téj saméj wysokości już odtąd pozostaje. Przypisać to należy okoliczności, że naczynia nie powróciły już do stanu prawidłowego, oraz wytworzeniu się prawdopodobnie wysięku. Ażeby naczynia powrócić mogły do stanu prawidłowego, przeczekano jeszcze $1 \frac{1}{2}$ godziny, poczém powtórzono doświadczenia w sposób podobny przy oziębianiu do 10°. Pióro wznosiło się przez 15 minut, a więc o 5 minut dłużéj niż przy zwyczajnéj ciepłocie; mimo znużenia zwierzęcia, utrzymywało się na szczycie przez 18 minut, t. j. o 10 minut dłużéj, potém poczęło opadać przez 5 minut i znów się zatrzymało przez 10 minut na jedném miejscu. Skoro zaś przestano drażnić, po 40 min. obniżyło się jeszcze nie wiele i nie powróciło już do 0. Powtórzyły się więc te same stosunki co przy krótkotrwałem drażnieniu, fala znacznie dłużéj narastała i znacznie dłużéj téż powracała do linii znaczącéj 0.

Do doświadczeń tych powrócę jeszcze późniéj przy opisie badań nad nerwem kulszowym, obecnie wspomnę tylko, że chciałem badać zmiany naczyniowe przy długotrwałem podrażnieniu i przy ogrzewaniu, o ile jednak łatwo mi było zachować jednostajną ciepłotę oziębiając przyrząd wodą, w któréj lód topniał, o tyle okazało się to nie możliwą rzeczą przy ogrzewaniu, gdzie w ciągu kilku minut da się uregulować dostatecznie ciepłota, nie udaje się to jednak uskutecznić przez 15 lub 20 minut i nie można wtedy odróżnić, czy wahania pióra zależą od różnic w stanie naczyń, czy téż od zmian ciepłoty.

Z dwóch ostatnich protokółów wynika, że narząd rozszerzający naczynia można pobudzać przez długi stosunkowo czas bez osłabienia go i znużenia, co stoi w zupełnéj sprzeczności z zachowaniem się nerwu błędnego oraz komórek zwojowych, których energija wyczerpuje się nader szybko, zatamowanie bowiem ruchów serca wywołane przez drażnienie nerwu błędnego trwa od 15 do 30 sekund, poczém serce bić poczyna mimo dalszego ich pobudzania, podczas gdy tu wpływ nerwów rozszerzających trwa przez 15—20 minut a nawet i dłużéj!

Badania powyżéj przytoczone stwierdziły w zupełności wyniki badań pletysmograficznych Anrepa i Cybulskiego co do okresu utajonego podrażnienia, szczytu fali i jéj długości, oraz wpływu atropinu na nn. językowe, nadmienić tylko muszę, że w obliczeniach mych otrzymywałem wartości bardzo wprawdzie nie wiele, lecz zawsze nieco niższe od podanych przez tychże autorów, co przypisać należy, że pracę swą przeprowadzali oni w zimie, przy ciepłocie znacznie niższéj, podczas gdy ja robiłem doświadczenia wśród skwarnego lata, gdzie ciepłota pokojowa dochodziła nieraz do 23°! Zmiany te wystarczyły już do wywołania dostrzegalnych różnic w wartościach.

Zebrane wyniki przedstawiają się w sposób następujący:

1. Okres utajonego podrażnienia wynoszący przy zwyczajnéj ciepłocie 1″ do 1·5″ skraca się w miarę ogrzewania języka, wzrasta znacznie w miarę ziębienia niezależnie od ilości uderzeń i siły prądu. Okres ten i co do trwania odpowiada czasowi utajonego podrażnienia n. błędnego odnośnie do serca (1—2 sek. według Legrosa i Onimusa.

2. *Maximum* rozszerzenia naczyń występuje znacznie wcześniéj przy ogrzewaniu, o wiele zaś późniéj przy oziębianiu języka, przy zachowaniu tych samych warunków co do siły prądu oraz ilości uderzeń.

3. Powrót naczyń do stanu pierwotnego trwa krócéj przy ogrzewaniu języka aniżeli przy zwykłéj ciepłocie, znacznie zaś dłużéj przy oziębianiu, oczywiście wśród zachowania tych samych warunków, jak powyżéj.

4. Okoliczność ta, że wysokość fali otrzymanéj w skutek drażnienia odnośnych nerwów przy ogrzewaniu języka jest bardzo małą, wzrasta zaś olbrzymio przy oziębianiu, daje prawo do przypuszczenia, że zjawisko to zależy od stanu naczyń: rozszerzone przez ogrzewanie mało się już mogą rozszerzać, skurczone zaś przez oziębianie tém więcéj się jeszcze rozszerzają przy podrażnieniu.

5. Do wywołania rozszerzenia naczyń wystarcza już jedno uderzenie prądu, czém się różni nerw językowy stanowczo od nerwu błędnego, który trzeba podrażniać prądem indukcyjnym przynajmniéj o 15 do 20 uderzeniach w jednéj sekundzie.

6. Przy długotrwałem drażnieniu naczynia rozszerzają się przez 15—20 minut, podczas gdy narząd unerwiający serce nuży się i przestaje działać już po 15—30 sekundach.

7. Atropin wreszcie nie poraża nerwu językowego podobnie jak zakończenia n. błędnego.

Na razie wstrzymuje się od wysnuwania dalszych wniosków z powyższych wyników, należy bowiem porównać jeszcze własności nerwów językowych w stosunku do nerwów podjęzykowych, analogicznych do *accelerantes* serca, według zdania wyznawców teoryi zwojów automatycznych, w tym to więc celu przejdę z kolei do doświadczeń poczynionych nad nerwami podjęzykowemi.

IV. Oceny i sprawozdania.

Farmakologija.

Luciani: O działaniu najważniejszych środków zastępujących naparstnicę w chorobach serca.

L. wykonał w klinice lekarskiéj w Turynie szereg porównawczych badań nad działaniem leków zastępujących naparstnicę, których wyniki są następujące:

1. Konwalija, wyciąg wodny, wywołuje znaczne podniesienie się linii krzywéj sfigmografu i zmniejsza nieco częstość czynności serca, powiększa nieznacznie ilość wydzielonego moczu, bywa dosyć dobrze znoszoną. Działanie jéj w ogóle jest mało wybitne, szczególnie w ciężkich przypadkach.

2. Sparteina równie wzmaga wysokość krzywéj sfigmograficznéj, działa lekko moczopędnie i nie wywiera żadnego wpływu na nieprawidłowość skurczów serca. W ogóle źle ją chorzy znoszą, sprawia bowiem zajęcie i ból głowy. Żadnego z tych dwóch środków nie można uważać za środek zastępujący naparstnicę w ścisłém znaczeniu tego wyrazu.

3. Kofeina wzmaga wysokość krzywéj, posiada działanie wybitnie moczopędne, sprowadza tętno prawidłowe. W niektórych przypadkach może zastąpić z korzyścią naparstnicę. Nierzadko jednak towarzyszą jéj nieprzyjemne działania uboczne, zwłaszcza co do czynności trawienia, sprawiając nudności, wymioty, uczucie ciężkości w okolicy nadpępkowéj i dla tego téż chorzy wzbraniają się zażywać ten środek częściéj niż raz, albo dwa razy.

4. Gorzykwiat wiosenny (nalew) we wszystkich przypadkach wywołuje znaczne podniesienie krzywéj jakotéż uregulowanie tętna, powiększa znacznie ilość moczu, usuwa nawet bardzo wielkie puchliny. Chorzy znoszą go dosyć dobrze, używają go wielokrotnie i wśród ogólnych przy-

padów. Nie ma najmniejszego działania zbiorowego a przy używaniu tego środka nie zachodzą żadne zaburzenia ze strony układu nerwowego ani narządu trawienia. Można go uważać za prawdziwe i właściwe zastępstwo naparstnicy. Nie można tego samego powiedzieć o adonidynie, który rozwija niepewne działanie a podskórnie zastrzykniętego nie znoszą chorzy.

5. *Strophantus hispidus* (nastój wyskokowy). Ten nowy środek dla zboczeń sercowych, tak przychylnie przyjęty w terapii chorób serca, był w szczególności przedmiotem dokładnych badań Lucianiego. Jego spostrzeżenia uprawniają go do potwierdzenia wyników badań Frasera, Draschego i innych autorów, którzy tego środka używali. W wszystkich przypadkach, a między niemi i w kilku ciężkich (wady zastawki dwudzielnéj) L. spostrzegał znaczne wzmaganie się parcia tętniczego krwi, prawidłowość bicia serca, znaczne pomnażanie się codziennéj ilości wydzielonego moczu. Ten środek nie pociąga za sobą żadnych nieprzyjemnych skutków a chorzy mogą używać go przez tydzień (30 kropli nastoju dziennie) bez jakichkolwiek zaburzeń. Chorzy czują znakomitą ulgę i domagają się go; w niektórych przypadkach sprowadza nawet polepszenie trawienia.

Porównywając działanie przytoczonych środków dla chorób serca, przychodzi się do wniosku, że *Strophantus* i *Adonis vernalis* wywierają korzystny wpływ, prawie równy wpływowi naparstnicy na niewyrównywane wady serca, nie posiadają jednak nieprzyjemnych działań ubocznych naparstnicy, mianowicie działania zbiorowego i nie sprowadzają zboczeń w trawieniu. Po nich następuje kofeina, potém konwalaryja a nareszcie sparteina. (*Internationale klinische Rundschau*, 1887, Nr. 36). *Dr. R. Spira.*

Knapp: **O działaniu stenokarpinu.**

Pierwsze doświadczenia z nowym tym środkiem robił Claiborne; z wynikami jego zgadzają się zupełnie wyniki doświadczeń Knappa, które ostatni ogłosił w *New. York Med. Rec.* Dwuprocentowy rozczyn stenokarpinu wywołuje już po 5—6 minutach zupełne znieczulenie spojówki, staje się ona bladą, szpara powiekowa się powiększa, źrenica się rozszerza, następuje porażenie akomodcyi, napięcie w gałce ocznéj nieco się zmniejsza. Na błonie śluzowéj nosa i połyku wywołuje zupełne znieczulenie i zniesienie smaku i powonienia; drogi nosowe stają się wolniejsze i szersze. Tak samo wywołuje znieczulenie na samych błonach śluzowych lub podskórnie wstrzyknięty. Zewnętrznie zastosowany nie działa przez skórę zdrową. Dalsze doświadczenia wykazały, że działa on podobnie trująco jak strychnin. Dziesięć kropli wstrzykniętych królikowi do żyły usznéj zabija królika w ciągu 10ciu sekund. W celu leczniczym stosował K. stenokarpin w chorobach oka, nosa i szyi z zadowalającym skutkiem. Przychodzi on na podstawie własnych doświadczeń do wniosku, że działanie jego bardzo jest podobne do działania kokainy a różni się od niéj tém, że wyraźnie i dosyć trwale działa rozszerzająco na źrenicę. Należy go więc wszędzie tam chętniéj użyć niż kokainu, gdzie nam zależy na tém, aby źrenica była i rozszerzona. Atropinu pod tym względem nie przewyższa, ale za to tam, gdzie chcemy znieść akomodacyję, lepiéj stosować stenokarpin niż atropin, gdyż atropin o połowę krócéj nam to sprowadza i utrzymuje niż stenokarpin. Małe dawki (4 krople) szybko wessane wywołują objawy zatrucia podobne do zatrucia kokainem: skóra blada, poty, zawroty głowy, mdłości, nudności większe, podobne do zatrucia strychninem. Do krwi wprowadzony wywołuje śmierć natychmiast, dla tego też K. odradza używać go w postaci podskórnych wstrzykiwań, bo 0,01 jeszcze jest niebezpieczne, a na ranę otwartą także go ostrożnie stosować trzeba. (*Münchener med. Wochenschrift*, 1887, Nr. 36). *H. K.*

Pletzer (Bonn): **Dwa przypadki leczenia białaczki za pomocą tlenu.**

Dwa przypadki białaczki, spostrzegane w klinice prof. Rühlego w Bonn, dały sposobność jego asystentowi P. do zajęcia się niemi bliższego i spróbowania na nich leczenia tlenem, jak to niedawno ogłosili Kirnberger i Sticker. Wprawdzie nie mógł P. osiągnąć zupełnego wyleczenia, ale za to spostrzegł znaczne polepszenie.

Pierwszy przypadek dotyczył kobiety 34 letniéj, z rodziny zdrowéj pochodzącéj; wywiady nic szczególnego nie wykazują. Przed dziesięcioma miesiącami ustała miesiączka, brzuch się powiększał, tak że chora myślała, że znowu zaszła w ciążę; stawała się coraz bledszą. Przed kilkoma miesiącami uczuła po raz pierwszy stwardniałość w lewym boku. Obecnie chora jest blada, chuda; brzuch wzdęty szczególnie po lewéj stronie, z pod lewego podżebrza wysuwa się wyraźnie wymacalny guz, przy ruchach oddechowych nieznacznie się poruszający, na ucisk niebolesny, jednako wszędzie zbity, 35cm. długi a 18 szeroki, wątroba bolesna; lekkie obrzęki na odnogach, gruczoły limfatyczne obwodowe niepowiększone, mostek niebolesny. Mikroskopowe badanie krwi wykazuje powiększenie liczebne ciałek białych, według metody Thomy-Zeissa liczone, w stosunku 1 na 5 czerwonych. Ciałka czerwone są mniejsze i bledsze, nie składają się w ruloniki. Ciałka białe barwione według metody Ehrlicha są neutrofilami (zabarwiają się w obojętnym rozczynie barwikowym). Począwszy od 15 czerwca zaczęła wdychiwać tlen z flaszki Limousina, 30 litrów dziennie; zresztą nie podawano żadnych leków, wyjąwszy środek gorzki dla podniesienia łaknienia. 10go lipca liczono ciałka krwi i wykazano już 1 białe na 10,3 czerwonych, obrzęk odnóg zmniejszył się. Ciężar ciała podniósł się o 2½kg. 8 sierpnia chora dla spraw familijnych musiała klinikę opuścić a badanie przed wyjściem wykazało: Chora wygląda znacznie lepiéj, przybyło jéj od ostatniego ważenia znowu 2½kg. razem 5kg., wątroba niebolesna; długość śledziony tylko 31cm., szerokość 15cm. polepszenie więc znaczne. Przy liczeniu znaleziono już 1 ciałko białe na 13·3 czerwonych. W innym przypadku chory z wyraźną białaczką wdychiwał tlen tylko przez 14 dni, na wyraźne jego żądanie musiano go wypuścić, ale po 5 dniach wrócił znowu do kliniki, gdzie na drugi dzień umarł. U tego chorego były gruczoły obwodowe obrzmiałe, obrzęk śledziony jeszcze większy, aniżeli w przypadku pierwszym, mostek i kość goleniowa przy ucisku bardzo bolesne. Jedno ciałko białe na 8 czerwonych. Była więc białaczka za życia rozpoznana śledzionowa, limfatyczna i szpikowa. Już po kilku pierwszych wdychiwaniach chory czuł się w ogóle lepiéj; oddychał swobodniéj. Sekcyja potwierdziła rozpoznanie. P. zachęca w końcu do doświadczania tego leczenia w wszystkich przypadkach białaczki, a będzie można dopiero na podstawie liczniejszéj statystyki wydać o niém sąd przychylny lub nie. Dotychczas oprócz przypadków dodatnich Kirnbergera i Stickera, mógł P. tylko jeden jeszcze w francuskiéj literaturze znaleźć, który przemawia na korzyść tego sposobu leczenia. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1887, Nr. 38). *H. K.*

β. **Sublimat** w *Conjunctivitis granulosa*. C. Stadarini podaje, że: 1) Sublimat działa bardzo korzystnie w wszelkich przypadkach oraz okresach zapalenia oka: *Ophthalmia granulosa*

i jest swoistym środkiem w jaglicy. 2) Działa on przeciwgnilnie, niszcząc zarodki téj choroby, oraz roztwarzająco, gdyż usuwa nadmierne nacieczenie. 3) Sublimat tamuje i usuwa wszelkie powikłania téj choroby, usuwając samą ich przyczynę i źródło. 4) W przypadkach jaglicy z przebiegiem zapalnym nadzwyczaj gwałtownym i nasilonym, obfitą wydzieliną i obrzmieniem gruczołów spojówkowych, możnaby stósować sublimat naprzemian z kamieniem piekielnym. W wszystkich innych przypadkach działa sam jako środek leczący. (*Deutsche Med. Ztg.*)

β. **Sublimat w chorobie Brighta** podawanym bywa w szpitalu nowojorskim (jeszcze od r. 1812) w ilości 0·004—0·0015 trzy razy dziennie, a nawet częściéj. Zawsze zauważano przy têm zwiększenie ilości oddawanego moczu. Na białkomocz sublimat prawie zupełnie nie wpływał, ale ogólny stan zdrowia polepszał się wraz z szybkiém wystąpieniem puchliny. J. C. Petro jest zdania, że chlorek rtęciowy działa podobnie na nerki, jak na gruczoły ślinne i sądzi, że można go w przypadkach *nephritis chronica diffusa* (byle nie w późniejszym okresie) uważać za lek swoisty. Starać się jednak należy niedoprowadzić nigdy do ślinotoku rtęcicowego. (*Deutsche Med. Ztg.*)

Medycyna wewnętrzna.

Docent J. Prior (Bonn): **O obrzęku śledziony tętniącym (Gerhardt).**

Pod tym tytułem opisał pierwszy Gerhardt w r. 1882 w *Zeitschrift für klinische Medicin* ciekawe spostrzeżenie, jakie zrobił na pewnym chorym, młodym, silnie zbudowanym, z niedomykalnością zastawek półksiężycowych aorty, a którego przyjął do kliniki z powodu zimnicy. Odnosiło się ono do śledziony obrzękłéj, która przy dotyku wywoływała wrażenie wyraźne, jakby się przy każdym skurczu serca powiększała, nabrzmiewała, a przy rozkurczu znowu się zmniejszała. Niedługo potém podał Gerhardt w têm samém czasopiśmie nowe dwa spostrzeżenia odnoszące się również do chorych dotkniętych niedomykalnością zastawek aorty i przypadkowo także zakażeniem malarycznêm. Mimo, że Gerhardt wypowiedział przy téj sposobności zdanie, że prawdopodobnie zjawisko to nie jest takie rzadkie, jakby to z braku opisów w literaturze wynikało, mimoto P. nie znajduje w nowszéj literaturze nigdzie o czémś podobnêm wzmianki, dla tego podaje do wiadomości dwa swoje własne przypadki obserwowane w klinice w Bonn.

Pierwszy przypadek dotyczył 35-letniego mężczyzny, dotkniętego wadą na zastawkach półksiężycowych aorty w postaci niedomykalności takowych, który przez cztery półrocza często do kliniki się zgłaszał i często był podczas kursów badany i demonstrowany. Stan ten nie dokuczał wiele choremu, kompensata wady sercowéj się utrzymywała, aż dopiero przyjęty został do kliniki 4 listopada 1886 z powodu osłabienia, zwiększonego pragnienia, uczucia przelewania się płynów w brzuchu, a badanie fizyczne dozwalało na pewne prawie rozpoznać dur brzuszny, co też przy kilkodniowéj obserwacyi zupełnie potwierdzono. I byłby ten przypadek niewiele zwrócił uwagi P., gdyby nie uczucie doznane 6go dnia pobytu chorego przy obmacywaniu jego śledziony; uderzyło go rytmiczne poruszanie się jéj naprzód zupełnie równoczesne z uczuciem tętna na tętnicy dogłowowéj. W pierwszéj chwili myślał o udzielonêm od serca tętnieniu, albo o wyczuwalnêm tylko tętnieniu aorty brzusznéj lub innéj jakiéj tętnicy. Dokładniejsze jednak badanie pouczyło go, że nie pochodzi to tętnienie zkądinąd, lecz że w obec tego, że śledzionę mógł zupełnie ująć i objąć palcami, jest to nie poruszaniem się jéj naprzód, lecz rytmicznêm nabrzmiewaniem jéj i mógł dokładnie tak samo jak wszyscy na oddziale praktykujący wyczuć, jak, ile razy śledziona o palce badające uderzała, tyle razy nabrzmiewała, stawała się twardszą, grubszą i naprzemian klęsła. To samo można było w każdym czasie stwierdzić. P. widział się zmuszonym do wprowadzenia tego w związek z siłą popędową serca i uważał to jako przypadek o b r z ę k u śledziony tętniącego (*pulsirender Milztumor-Gerhardt*). Dla poparcia tego zdania przytacza P., że gdy raz chory w drugim tygodniu duru doznał krwotoku z kiszek, tętnienie się wprawdzie jeszcze utrzymywało, ale było mniéj pełne w miarę jak serce słabło, gdy zaś z powodu osłabienia czynności serca w trzecim tygodniu choroby wstrzyknięto kamforę lub eteru, poprawa jéj objawiała się także i na lepiéj wyczuwalnêm tętnieniu śledziony. W miarę ustępowania duru i tętnienie się zmniejszało, a przy kilkorazowêm badaniu chorego w różnych odstępach czasu po wyjściu jego z zakładu, nawet gdy serce zaczynało niekompensować i opuchlina wystąpiła, podobnego zjawiska wykazać nie można było.

Wiadomo, że przy wadach zastawek aorty z naturalnym znacznym następowym przerostem komórki lewéj widać już gołém okiem w odpowiednich miejscach tętnienie tętnic obwodowych, tém bardziéj będzieto widocznêm w przypadkach, gdzie opór, jaki ściany naczyń przedstawiają z powodu jakichś porażeń nerwów ich w przebiegu chorób zakaźnych, odpada z utrzymującém się ich przepełnieniem krwią; a że śledziona nadto w przebiegu chorób zakaźnych stale bywa powiększoną, nie trzeba szukać, zdaniem P., jakichś wyszukanych tłumaczeń tego zjawiska i zgadza się pod tym względem zupełnie z Gerhardtem, że przyczyną tego jest nadmiernie spotęgowane parcie krwi i osłabienie ścian naczyń w przebiegu chorób zakaźnych gorączkowych.

Od tego czasu badał P. w tym kierunku wszystkich chorych, u których przerost lewéj komórki z rozmaitych przyczyn powstały można było wykazać, nigdy jednak podobnego zjawiska nie napotkał, aż dopiero w ostatnich czasach udało mu się widzieć zupełnie to samo zjawisko w téj saméj postaci u 37-letniego robotnika, który przyszedł do kliniki z zapaleniem płuca prawego włóknikowêm i równoczesnym znacznym przerostem komórki lewéj; gdy wady żadnéj wykazać nie można było, przypuścił P., że przerost ten z pracy powstał (*Beschäftigungshypertrophie*), gdyż chory był kowalem. Objawy takie same, jak u wyżéj opisanego chorego, wystąpiły tu w piątym dniu choroby, i tu można się było przekonać, że tętnienie śledziony od serca zależało, bo w miarę, jak czynność serca kiedy niekiedy słabła, i ono się zmniejszało. Zapalenie płuc kończyło się *per lysin*, dla tego też i tętnienie pomału ustawało. W obu przypadkach przysłuch nad śledzioną nic nie wykazywał. Że mięsień sercowy przerosły musiał być zupełnie w obu przypadkach zdrów i silny, aby tak energicznie módz pracować, rozumie się samo przez się, zarówno, że przerost komórki lewéj przy zwężeniu zastawek aorty nawet znaczny podobnego zjawiska wywołać nie zdoła.

Jako godne wzmianki uważa P. także przy téj sposobności spostrzeżenie lekarza szpitalnego w Tyflisie Maissurianza (*Ueber das Milzgeräusch bei Febris intermittens. Petersb. med. Wochenschr.* 1884 Nr. 52), który u chorego na *intermittens* słyszał nad powiększoną znacznie śledzionę r ó w n o c z e s n e z t ę t n e m s z m e r y, które tylko przepełnieniem naczyń śledziony krwią wytłumaczyć można. (*Münchener med. Wochenschrift* 1887 Nr. 35). *H. K.*

Przyczynek do nauki o zołzach. Dr. Noeldchen dochodzi do następujących wniosków: 1) Zołzy i gruźlica nie są jedną i tą samą chorobą. Zołzy są dziedziczne a niezaraźliwe, gruźlica jest zaraźliwa a niedziedziczna. 2) Zołzy są najlepszą glebą odżywczą dla laseczników gruźliczych. Gdziekolwiekbądź można zastać laseczniki w tkance, uchodzącej za dotkniętą zołzami, mamy gruźlicę przed sobą. 3) Jeszcze niedostatecznie wyjaśniono, w jakim stosunku do nauki o lasecznikach gruźliczych stoi fakt wytworzenia się gruzełków przez wchłanianie rozpadających się mas serowatych, jak również przez zastrzykiwanie podskórne ropy zołzowéj, chyba że przypuścimy, że lasecznik już istnieje w owych wytworach. 4) Dziedziczne zołzy i t. zw. dziedziczne usposobienie do gruźlicy są pojęciami identycznemi (w innym razie mielibyśmy dziedziczne usposobienie do zołzów, dziedziczne zołzy i dziedziczne usposobienie do gruźlicy). 5) Zołzy, jeśli nie przystępuje lasecznik gruźliczy, mogą skończyć się wyzdrowieniem i takie przypadki wcale nie są rzadkie. 6) Gruźlica może powstać bez poprzednich zołzów, przez bezpośredne zakażenie. (*Deutsche Medicinal Ztg.* 1887, Nr. 44 do 49).

Dr. R. Spira.

Chirurgija.

Greffrath: **Kazuistyczne przyczynki do operacyi przetoki rzyci.**

Zestawiwszy poważny szereg przypadków téj choroby według odmiennych metod leczenia używanego w klinice prof. Czernego w Heidelbergu dochodzi G. do następujących wniosków:

1. Do operacyjnego leczenia przetok rzyci nadaje się najlepiéj rozcięcie nożykowatym termokauterem Paquelina.

2. Istnieje związek przyczynowy między gruźlicą a przetoką rzyci. Gruźlica nie jest jednak przeciwwskazaniem do operacyi przetoki.

3. W skutku zapaleń tkanki łącznéj u diabetyków powstają przetoki rzyci, tak że u ludzi dotkniętych takiemiż przetokami należy zawsze badać mocz na cukier. (*Deutsche Zeitschrift f. Chir.* t. 26). *A. O.*

Zabludowski (Berlin): **Przyczynek do wskazań i techniki mięsienia.**

Jest jeszcze wielu lekarzy, którzy nie wierzą w skuteczność mięsienia w tych przypadkach, gdzie przyczyna zmian w ruchach mięśni lub stawów lub innych części ustroju ludzkiego leży w nerwach obwodowych Dr. Z. korzystając z kilku przypadków, jakie mu się nadarzyły do leczenia za pomocą mięsienia, a w których albo dla cierpienia w nerwach obwodowych albo z powodu spastycznych stężeń na podstawie obwodowéj lub ośrodkowéj opartych, skutek zadowalający osiągnął, przedstawił je na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego berlińskiego, wykazując zarazem, jak nietylko sposób zastosowania mięsienia ale i indywidualizowania każdego przypadku wpływa na skutek leczenia tą metodą.

Jeden dotyczył oficera armii holenderskiéj, który już sześć lat przeszło leczył się z powodu cierpienia, zawsze ze skutkiem ujemnym albo nieznacznym. Podczas ćwiczeń w strzelaniu z armat został jeszcze w r. 1881 silnie uderzony w grzbiet ręki, od tego czasu czuł ból w przedramieniu i bezsilność znaczną, nie mógł nawet dla tego ręką prawą pisać i był zmuszony uczyć się pisać lewą; elektryzowanie, mięsienie, (u Dra Metzgera w Amsterdamie przez $1\frac{1}{2}$ roku), operacyje w okolicy uderzenia, oddłutowanie kawałka kości, naciąganie nerwu łokciowego nic nie pomagały, tak że chory chcąc się pozbyć bólów postanowił dać sobie odjąć rękę i w tym celu zjechał do Berlina do kliniki prof. Bergmanna. Badano go tu w narkozie i przekonano się, że ruchy czynne i bierne dobrze były utrzymane, gdyby nie obrzęk w okolicy stawów nadgarstkowych. Zalecono znowu mięsienie i polecono Zabludowskiemu; codziennie było jedno posiedzenie; już przy pierwszém zauważył Z., że chory nie znosi ze zwykłych kardynalnych ruchów w mięsieniu trzech t. j. *effleurage*, *petrissage* i *massage à friction*, że na nie ogromnie oddziaływa, podczas gdy stały ucisk nieprzerywany znosił, jeżeli tylko ruchy masujące wykonywano dośrodkowo. Robiono tak przez przeszło dwa tygodnie, poczém chory już i uderzanie (*tapotement*) znosił wcale dobrze. W tydzień potém zaczął ćwiczyć się w pisaniu prawą ręką, podnosić ciężary, a wnet potém wyjechał zdrów do Indyj.

W przypadkach sztywności w stawie po głębokich nacięciach okolicy z powodu spraw zapalnych i następowych blizn, nie należy czekać z mięsieniem, jak to zwykle się dzieje, aż blizny zupełnie zdrowe i stałe się wytworzą, lecz już z chwilą rozpoczynającego się zabliźniania należy takowe zdaniem Z. rozpocząć, przykrywszy rany plastrem jakimś (np. borowym). W przypadku opisanym po wykonanéj operacyi wydłutowania kawałka kości rany były znacznie ropiejące, niemające dążności do zagojenia się, a już po jednotygodniowém mięsieniu zaczęły się zabliźniać.

W jednym przypadku, gdzie była zmiana w ruchach mięśni po napadzie apoplektycznym, gdzie w skutek zmian w odżywieniu skóry wszędzie włosy powypadały, chory również nie znosił zwykłych ruchów, jakich przy mięsieniu używamy, wywoływały bowiem u niego nagle „wstrząśnienia, jak gdyby rażony był od piorunu,“ a znosił jednak ruchy ręką masujące, przerywane, nieciągłe, połączone z ruchami skocznemi. Po 6 dniach mógł już chory łóżko opuścić a po 14 dniach chodzić.

U choréj, któréj po przebytém zapaleniu kiszek pozostała przetoka w lewéj okolicy, po niéj blizna i następowe stężenie w stawie biodrowym, takie, że najmniejszy ruch wykonany w celu leczniczym tą odnogą wywoływał napad histeryczny, mięsienie umiejętne doprowadziło do tego, że napady wśród mięsienia przez 14 dni nie wystąpiły; rozdzielono wtedy zrosty w narkozie, zanik mięśni odnóg powstały w skutek nieużywania jéj znikł i chora już teraz może chodzić opierając się na kulach.

Bardzo dobrze działa mięsienie u histeryczek, u których czy to w skutek napięcia powłok brzusznych, czy téż w skutek nerwowego ściągania się ścian jelit, wytwarza się ich bezsilność w posuwaniu dalszém treści jelitowéj; już po kilku tygodniach osiąga się bardzo piękne rezultaty. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, Nr. 36). *H. K.*

V. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

I. Jadassohn (Wrocław): **Przyczynek do wiadomości o czerwieni cholery.**

Już w r. 1886 Poehl pierwszy zauważył, że prątki cholery w hodowlach dają z kwasami mineralnemi reakcyję i to barwę czerwoną. Spostrzeżenie to (podane w *Berl. deut. chem. Ges*, 1886) nie zwróciło wcale na siebie uwagi bakteryjologów, tak że Bujwid na nowo to samo spostrzeżenie zrobił i opisał je tego roku w *Zeitschrift f. Hygiene.*

J. zachęcony przez swego prof. Neissera postanowił zająć się bliższém zbadaniem téj zupełnie jeszcze nowéj a tak dla nauki o mikrobach ważnéj reakcyi; gdyby się bowiem

udało znaleźć właściwe chemiczne oddziaływanie na prątki pojedyncze a na choleryczne w szczególności, zyskałyby bakteryjologija i praktyczny lekarz sposób rozstrzygania rozpoznania choroby i stanowczego rozpoznania pojedynczych gatunków mikrobów, do czego nam dotychczas służy jedynie albo ich postać odmienna albo biologija. Form bakteryj mamy, jak wiadomo, bardzo mało, a biologija jeszcze bardzo ciemna.

Oddziaływanie na prątki polega na tém, że hodowle prątków cholery dają w pewnych materyjalach odżywczych z kwasami mineralnemi zabarwienie czerwone lub co rzadziéj ciemnofijoletowe. Bujwid poleca kwas solny, Dunham kwas siarkowy, Brieger, który chemiczną naturę tego zjawiska badał, również poleca kw. siarkowy. Dodatni rezultat otrzymuje się także z innemi kwasami, np. bromowym, fosforowym, mlekowym i szczawiowym, nigdy jednak oddziaływanie nie jest tak pięknêm i wyraźnêm jak z kwasami solnym, azotowym i siarkowym. Z tych trzech odczynników najlepszy znowu, zdaniem J., jest kwas solny, bo nie zmienia barwy odżywki w hodowli, bo oddziaływanie z nim największe ma znaczenie rozpoznawcze. Z pozostałych dwóch kwas azotowy daje ze wszystkiemi ciałami białkowatemi, żelatyną i agar-agarem zabarwienie żółte znane pod nazwą reakcyi ksantoproteinowéj, a kwas siarkowy (czysty) znowu spala odżywki dając z niem zabarwienie brunatne, trzeba go więc pomału dodawać i rozcieńczony do połowy wodą destylowaną. J. badał przedewszystkiém jak się oddziaływanie w rozmaitych hodowlach udaje i przekonał się: że całkiem słusznie Dunham powiada, że na wodzie sterylizowanéj oddziaływania się nie otrzymuje nawet po zaszczepieniu większych ilości prątków, odżywka Pasteura jak ją podał Naegeli (z winianu amonowego 10·0, fosforanu wapna 10·0, siarkanu mag. 2·0, chlorku wapna 1·0 i wody dest. 1000·0) również daje wynik ujemny z wymienionemi odczynnikami; trzeba tu dodać, że w obydwu tych odżywkach prątki słabo się rozwijają, jakkolwiek w drugiéj bujniéj niż w pierwszéj. Odżywka agar-agar-peptonowa (peptonu mięsnego Kemmericha wchodzi w to $^1/_3$—$^1/_2$%, peptonu suchego 1% agar-agar $1^1/_2$, zobojętnia się węglanem sodowym), w któréj hodowle piękne się otrzymuje, daje wybitne zabarwienie czerwone, już w pierwszéj minucie po dodaniu kwasu, coraz bardziéj się uwydatniające z każdą godziną. Podobnie piękne oddziaływanie i w takim samym czasie otrzymał J. na pepton-żelatynie (Kemmericha pepton mięsny $^1/_3$—$^1/_2$%, pepton czysty 1% żelatyna 7 $^1/_2$% z dodatkiem białka zobojętnia się węglanem sodowym), jeśli się szkiełka, na których się bada, trzyma w piecu w ciepłocie pokojowéj dopiero po 48 godzinach. Rozchodziło się teraz po otrzymaniu takich wyników z rozmaitemi odżywkami o rozstrzygnięcie, czy słusznie twierdzi Dunham, że do otrzymania oddziaływania potrzeba koniecznie obecności peptonu; rozwiązanie tego pytania szczęśliwie udało się J. po zrobieniu doświadczeń z odżywkami niezawierającemi peptonu (sterylizowana woda z żelatyną, mięso cielęce, płyn z puchliny jądra, surowica krwi, mleko) z rozmaitemi wynikami, przecież na niekorzyść Dunhama, t. j. że niekoniecznie musi być obecny w odżywce pepton, aby otrzymać oddziaływanie. Przy téj sposobności przekonał się, że niesłusznie twierdzi Dunham, jakoby oddziaływanie tylko tam występowało, gdzie rozwój prątków jest bujny. Za to kilkakrotnie przekonał się J., że aby reakcyję otrzymać, musi być dostęp tlenu do hodowli wolny, bo np. po nalaniu na odżywkę, któréj zaszczepiono prątki cholery, grubszéj warstwy oliwy, oddziaływania się nie otrzymuje, po nalaniu cieńszéj tylko słabe i to dopiero po dłuższym czasie działania kwasu. Za to zupełnie zgadza się z Dunhamem i innymi, że jeżeli hodowla nie jest czysta lecz zawiera jeszcze inne bakteryje lub prątki, reakcyja nie udaje się tak dobrze lub z niejednym z odczynników wcale nie. W jednêm doświadczeniu, gdzie już hodowla na agar-agar 6 miesięcy stała, a z któréj już dalszych kolonij nawet otrzymać nie można było, dla tego że była czysta, jeszcze oddziaływanie wyraźne z kwasem solnym otrzymał.

Teraz dopiero J. zadaje sobie pytanie, czy opisane oddziaływanie jest dla prątków cholery właściwém lub czy może powtarza się ono i przy innych mikroorganizmach? Bujwid podaje, że prątki podobne swą postacią do prątków cholery nie dają jéj. Dr. Jadassohn przy następujących nie dostał żadnego oddziaływania: *Bacilus mycoides*, *bacillus mesenter. vulgatus* (prątek ziemniaków), *bac. prodigiosus*, *bacillus ruber indicus*, *bacillus fluorescens*, *bacillus anthracis*, *proteus vulgaris*, *proteus mirabilis*, *bac. saprogenes*, *bac. subtilis*, prątek durowy (Eberth), dyfterytyczny królików (Ribbert), prątek zaczynowy kwasu propionowego i maslowego, *bac. cavicida* (Brieger), *bac. pseudopneumonicus*, *micrococcus pyogenes aureus*, *pyogenes albus*, *tetragenus* (Koch). Za to jednako się zachowują względem kwasów bakteryje Finkler-Priora, Denekego i Millera, *bacillus pyogenes foetidus* (Passet) i *bacil. Neapolitanus* (Emmerich), gdyż w starszych hodowlach dają z kwasami oddziaływanie, szczególnie pięknie czerwone z kw. azotowym. Co do chemicznéj natury czerwieni cholerycznéj to Brieger uważa ją za istotę zbliżoną do indolu. Z dalszych własności tego oddziaływania wspomnieć jeszcze musimy w naszém sprawozdaniu o następujących: barwa czerwona staje się wyraźniejsza, jeśli się hodowla po dodaniu kwasu solnego ogrzeje. Jeśli się hodowlę zabarwioną za dodaniem kwasu zobojętni amonijakiem lub innemi alkalijami, następuje w chwili zobojętnienia nagłe odbarwienie, przez dodanie kwasu zabarwienie znowu występuje. Parę kropli chlorku wapna także sprowadza odbarwienie, ono jednak już niczém usunąć się nie daje, widoczna że barwik utworzony zostaje zupełnie chlorkiem wapna zniszczony.

Zbierając wszystko, co mu doświadczenia wykazały, J. zestawia następujące wnioski:

1. Czyste hodowle prątków cholery dają w odżywkach zawierających pepton z kwasem solnym w krótkim czasie zabarwienie czerwone, którego się nie udało otrzymać przy żadnym innym gatunku bakteryj.

2. To samo zabarwienie otrzymuje się także za dodaniem kw. azotowego i siarkowego; oddziaływanie to jednak mniéj jest charakterystycznêm, gdyż działanie podobne kwasów, szczególnie azotowego, występuje i u innych, (jakkolwiek starszych hodowli), prątków, jak Finklera-Priora, Denekego Millera, prątka neapolitańskiego i *bac. pyogenes foetidus*.

3. Przyczyną oddziaływania zdaje się być ciało powstające z peptonu lub białka przy dostatecznym dopływie powietrza (tlenu); ciało to jest według poszukiwań Briegera derywatem indolu.

4. Zanieczyszczone hodowle prątków cholery dają po największéj części oddziaływanie tylko z kwasem azotowym. (*Breslauer ärztl. Zeitschrift*, 1887, 16 i 17). *H. K.*

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 sierpnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,5. Z płonicy umarło 1 (3 z. t.); z błonicy i dławca 2 (1 z. t.);

z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (0 z. t.); z gruźlicy 4 (11 z. t.); z zapalenia płuc 5 (5 z. t.); z zapalenia kiszek 8 (10 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach krztuśca, 1 płonicy, 5 duru brzusznego (4 ze wsi), 3 czerwonki, 2 róży. W tygodniu od 14—20 sierpnia umarło z ospy: w Tarnopolu, w Tarnowie, w Czerniowcach, w Wiedniu i Pradze po 1; w Tryjeście 3, w Rzymie 4, w Warszawie 21, w Paryżu 11, w Petersburgu 6. Z duru powrotnego umarło w Petersburgu 1. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 18, w Londynie 14. Z odry umarło w Drohobyczu, w Stanisławowie, w Tarnopolu, w Czerniowcach po 1; w Londynie 32, w Kopenhadze 13. Z płonicy umarło we Lwowie 2, w Wiedniu 11, w Londynie 23. Z błonicy i dławca umarło we Lwowie, w Brodach po 1, w Stanisławowie 2, w Tarnopolu 3, w Tarnowie 1, w Berlinie 16, w Paryżu 18, w Londynie 32, w Petersburgu 14. Z krztuśca umarło we Lwowie i w Drohobyczu po 1, w Londynie 50.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 sierpnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,2; we Lwowie 31,8; w Brodach 33,0; w Drohobyczu 30,1; w Kołomyi 24,0; w Przemyślu 30,9; w Stanisławowie 32,6; w Tarnopolu 38,0; w Tarnowie 32,5; w Czerniowcach 37,0; w Warszawie 29,6; w Poznaniu 36,1; w Wiedniu 23,4; w Salcburgu 31,0; w Gracu 22,8; w Tryjeście 30,8; w Insbruku 25,8; w Pradze 30,0; w Bernie 33,3; w Ołomuńcu 30,7; w Opawie 25,8; w Berlinie 26,3; we Wrocławiu 31,6; w Gdańsku 29,8; w Dreźnie 25,8; we Fryburgu 26,7; w Hamburgu 30,1; w Kolonii 30,6; w Lipsku 20,6; w Mnichowie 40,3; w Strasburgu 25,9; w Amsterdamie 21,4; w Brukseli 21,3; w Budapeszcie 32,4; w Chrystyjanii 27,2; w Kopenhadze 25,4; w Londynie 21,2; w Odesie 29,8; w Paryżu 20,4; w Petersburgu 24,0; w Rzymie 28,2, w Stokholmie 21,3; w Tryjeście 28,4; w Wenecyi 22,2. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 19 października. Na posiedzeniu odbytém d. 14 bm. Wydział lekarski zamianował Dra Momidłowskiego asystentem przy katedrze patologii ogólnéj i doświadczalnéj przez rok dalszy, Dra Sondermajera drugim asystentem przy klinice chirurgicznéj na 2 lata a Dra Kijasa bezpłatnym elewem przy klinice lekarskiéj na 2 lata.

* Na posiedzeniu Tow. lekarskiego, pierwszém po wakacyjach, odbytém dnia dzisiejszego, kol. Obaliński mówił o ciekawym przypadku laparotomii, w dyskusyi brali udział: koll. Trzebicky, Rosner, Korczyński, Rydygier, Jaworski, następnie kol. prezes opisał przypadek zapowiedziany.

* Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie rozpoczęło już druk dzieła Dujardin-Beaumetza o higijenie żywienia się, w tłumaczeniu Dra Dobieszewskiego. Następném dziełem nakładem tegoż Towarzystwa ukazać się mającém będzie prawdopodobnie ginekologija, napisana przez Dra Władysława Bylickiego we Lwowie, którego rękopism już jest na ukończeniu.

* Dowiadujemy się, że na ostatniém posiedzeniu Rady m. Krakowa uczyniono wniosek względem utworzenia ogrodu miejskiego w rodzaju wiedeńskiego prateru na placu Wystawy. Nie wdając się w rozbiór téj kwestyi ze stanowiska ekonomicznego przyznać musimy, że myśl ta jest szczęśliwą, i że utworzenie ogrodu obszernego w pobliżu miasta z wolnym wstępem dla każdego, ze względów zdrowotnych zasługuje na poparcie każdego, któremu dobro ludności zwłaszcza mniéj zamożnéj leży na sercu. Byłoby zaprawdę ubolewania godném, gdyby miasto omieszkało korzystać ze sposobności przysporzenia mieszkańcom miejsca, tak odpowiedniego dla wycieczek bliskich, pieszych, gdzie powietrzem świeższém oddychać mogliby ci, którym stosunki nie pozwalają śród lata szukać schronienia na wsi.

* Dr. Jan Rosner, b. asystent prof. Madurowicza, osiadł we Lwowie, gdzie wykonywać będzie praktykę. Również przeniósł się do Lwowa Dr. Prus, gdzie znalazł zajęcie w zakładzie weterynarskim.

* Najwyższa Rada sanitarna w Wiedniu proponowała zgodnie z Radą sanitarną dolnoaustryjacką na prymaryjusza oddziału chorób syfilit. w szpitalu powszechnym prof. Edwarda Langa w Insbruku, a na dyrektora szpitala Rudolfa sekretarza w Ministerstwie spraw wewnętrznych Dra Ullmanna, — obydwóch jednogłośnie. Nominacyja prof. Langa już nastąpiła.

* W maju 1888 prof. Donders w Utrechcie kończy 70 rok życia i odpowiednio do ustaw krajowych ustępuje z katedry. Aby uczcić wielkie zasługi fizyologa i okulisty utworzył się komitet, składający się z uczonych i dostojników całéj Holandyi, który zbierze fundusz na stypendyjum wedle uznania jubilata. Komitet ten zaprasza także lekarzy i uczonych zakrajowych do udziału.

* W tygodniu przeszłym dzienniki polityczne doniosły, że Dr. Henryk Blumenfeld lekarz naczelny kolei żelaznéj w Białogrodzie w Serbii, został uwięziony, podejrzany o jakąś zbrodnię, a następnie za kancyją na wolną nogę puszczony. Dr. B., krakowianin i wychowaniec szkół tutejszych, następnie przez lat kilka sekundaryjusz przy tutejszym szpitalu św. Łazarza, używał u nas najlepszéj sławy, jako lekarz zdolny, skromny i gorliwy w pełnieniu obowiązków. Dowiadujemy się, że człowiek, oddalony ze służby z powodu barwoślepiu, pałając zemstą oskarżył lekarza o udział w fałszowaniu banknotów serbskich.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** D. 14 bm. odbyła się w Wiedniu inauguracyja tegorocznego rektora uniwersytetu prof. farmakologii Vogla, który mówił o znaczeniu Garcii de Orta dla farmakognozyi. (Słynny lekarz portugalski, żyjący w 1éj połowie 16go wieku, reformator farmacyi). — **Marburg.** Docent prym. Dr. Jan Strahl mianowany został nadzw. profesorem anatomii opisowéj.

* W Uniwersytecie czeskim zapisało się w półroczu bieżącém: prawników 965, medyków 1021, filozofów i farmaceutów 195; wszystkich zatém słuchaczów jest dotąd 2278. — Natomiast zapisało się w Uniwersytecie niemieckim w Pradze: na teologiję 280 słuchaczy, na prawo 448, na medycynę 566, na filozofiję 83, czyli razem 1377, — o po odtrąceniu teologów 1097, czyli mniéj niż o połowę aniżeli w uniwersytecie czeskim. Czy to także cyfra sztuczna?

* Liczba uczniów medycyny w półroczu letniém 1887 wynosiła: w Wiedniu 2178, w Monachijum 1211, w Berlinie 1140, w Würzburgu 899, w Lipsku 713, w Gracu 540, w Gryfii 528, w Fryburgu 479, w Wrocławiu 390, w Bonie 371, w Marburgu 360, w Hali 330, w Kielu 292, w Zurychu 277, w Tübindze 272, w Królewcu 270, w Erlandze 262, w Gietyndze 248, w Heidelbergu 240, w Strasburgu 221, w Insbruku 219, w Jenie 213, w Giessen 141, w Rostoku 121, w Genewie 115, w Bazylei 113.

* **Nekrologija.** W Chrystyjanii umarl anatomii Dr. Jensen. — W Honolulu umarł słynny podróżnik Dr. med. Karol Passavant w 33 roku życia.

W Berlinie umarł sławny fizyk Gustaw Robert Kirchhoff, urodzony d. 12 marca 1824 w Królewcu, od r. 1854 profesor w Heidelbergu, gdzie wspólnie z Bunsenem odkrył analizę spektralną i ogłosił pierwsze badanie nad widmem słoneczném.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Medycynie* Nr. 41: Baranowskiego: Uleczalność suchot gardlanych (dok.); Rybickiego: Krytyczny pogląd ostatnich pojęć o istocie i leczeniu drgawek porodowych (c. d.).— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych, zapalnego pochodzenia; Strzemińskiego: Antypiryna i antyfebryna jako środki kojące bóle; Sztampkego: Bąblica ostra jako choroba ogólna zakaźna, jéj przebieg i leczenie.

W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* z. III: Jegorowa (z pracowni prof. Dogiela): O wpływie n. współczulnego na zmianę żrenicy u ptaków; Biernackiego (z pracowni prof. Tumasa w Warszawie): O własności środków przeciwfermentacyjnych wzmagania i wstrzymywania fermentacyi wyskokowéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Gulińskiego: Przypadek połogowego zap. spojenia łonowego i obu stawów krzyżo-biodrowych; Matlakowskiego: 25 przyp. otwarcia jamy otrzewnowéj przy chorobach narządów rodzajnych kobiecych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 42: Grünbauma: Rana postrzałowa brzucha; Rybickiego: Krytyczny przegląd ostatnich pojęć o istocie

i leczeniu drgawek porodowych (c. d.). — W *Wiadomościach Lekarskich* Nr. 3: Smoleńskiego: Zadanie hydroterapii w chorobach serca. — W *Przewodniku Gimnastycznym* Nr. 10: Wiek młodzieńczy. — Jakim winien być nauczyciel. — O gimnastyce ze stanowiska estetyki.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Adolf BAGINSKY: Życie kobiety. Listy o higijenie kobiecego organizmu. Z najnowszego wydania niemieckiego przełożyli Ad. W. i Ed. G. Warszawa 1887, in 8vo str. 177

Privat-Augenklinik von T. INOUYE (Tokio): Bericht ü. d. Jahr 1885—1886 in 8vo str. 12 i 8.

W. SZUMLAŃSKI: Sprawozdanie z ruchu chorych w warszawskim szpitalu zapasowym w ciągu roku 1887 (Odbitka z *Medycyny*) in 8vo str. 12, 2 tabl.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na I. elewa przy klinice chirurgicznéj z płacą 500 złr. rocznie.

Podania mają być wniesione na ręce Dziekana Wydziału Lekarskiego do dnia 1 Listopada b. r.

Kraków dnia 20 Października 1887. *N. Cybulski.*

L. 10684.
pr.

OGŁOSZENIE.

W myśl rozporządzenia Wysokiego c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy przepisane rozporządzeniem Wys. c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 (dz. u. P. Nr. 37) w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych w Listopadzie b. r., a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa najdaléj do 25 Października b. r. i zaopatrzone w dowody wymagane § 7, względnie 17, powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa

We Lwowie dnia 10 Października 1887.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Anatola Maryjana Kosterkiewicza.